

Qualità della vita
Depressione
Funzione cognitive

QDF news



Numero 1

Anno 2004

EDITORIALE

QDF: un sottoprogetto che vuol essere Progetto

Perché una newsletter anche per un sottoprogetto? La risposta è sostanzialmente nel titolo dell'editoriale. Si è forse un po' in ritardo rispetto al lavoro già svolto, ma si è ben decisi:

a) mantenere d'ora in poi la scadenza quadrimestrale con la quale aggiornare sull'andamento dello studio, e su che cosa dice la letteratura a proposito dei temi QDF;

ad aprire con coloro che sono interessate/i un dialogo sulle implicazioni, conoscitive e pratiche, di QDF per la gestione più generale dello scompenso; a promuovere, al di là di queste News cartacee, altre iniziative:

- incontri di approfondimento (con un riconoscimento ECM) sui temi che più sembreranno prioritari;

- documentazione-discussione on-line per navigatrici/tori di internet.

Pochi commenti, brevissimi, a quanto viene presentato in questo primo numero, per stimolare attenzione e suggerimenti (inviabili per mail, fax, telefono...):

- a) Come va lo studio: è il dato più concreto e positivo, tanto da occupare, la prima pagina. QDF sembra ben avviato a divenire una realtà effettivamente in grado di essere competitiva con le ricerche più avanzate: i mesi che separano dalla chiusura della randomizzazione del GISSI-HF dovrebbero garantire l'inclusione nel protocollo di una popolazione più che rappresentativa della variabilità delle situazioni cliniche, culturali, assistenziali del nostro Paese.
- b) Problemi e difficoltà: come atteso, esistono, sono importanti, occupano una

pagina intera (l'ultima, per ricordare meglio), devono essere presi sul serio, possono essere risolti

c) Che cosa dice la letteratura.

Gli articoli recensiti sono questa volta concentrati sulla depressione. Documentano-quantificano cose in un certo senso "attese", se non già note. Sono molto "parziali", se confrontati all'approccio QDF, ma testimoniano un interesse crescente al tema, vista anche l'importanza dei giornali dove i contributi sono pubblicati.

Circolerà presto una "rilettura" complessiva della letteratura, mentre il prossimo numero farà il punto più specifico sugli aspetti cognitivi, per i quali l'attenzione della letteratura sembra perlomeno tanto acuta quanto la percezione della loro rilevanza nella routine assistenziale

Sommario:

Editoriale	1
Reclutamento	1
Letteratura	2
Distribuzione geografica dei centri	3
Comunicazioni dalla Segreteria	4

145 Centri Partecipanti

62

hanno iniziato lo Studio QDF e hanno inviato schede di reclutamento

63

hanno iniziato lo Studio e devono inviare le schede

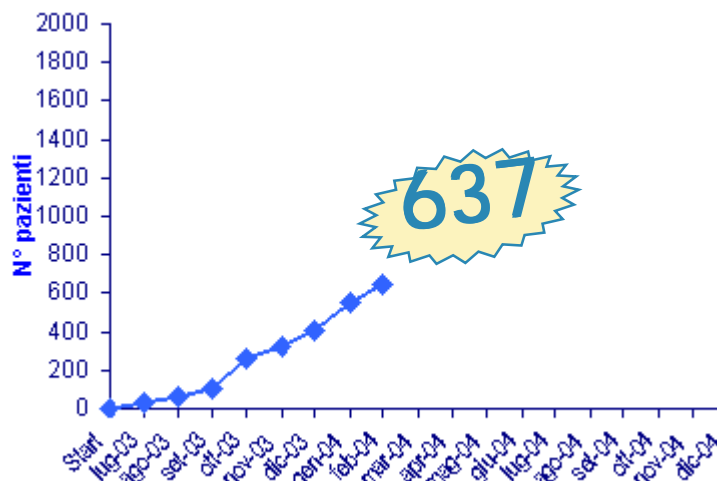
9

Centri che hanno dato la loro adesione in dicembre 2003

11

in fase di attivazione nel GISSI-HF

Pazienti inclusi nello studio



Letteratura

QDF a confronto con la letteratura cardiologica

Questo primo “aggiornamento” segnala 5 studi pubblicati negli ultimi 3 anni, che hanno come oggetto principale la valutazione del grado di reciproca causalità tra depressione e patologia cardiovascolare, in termini:

- a) di probabilità di sviluppare/essere portatori di depressione da parte di pazienti con problemi cardiologici;
- b) di avere una prognosi cardiovascolare peggiore, in presenza di “sindromi depressive”, e/o di depressione formalmente diagnosticata.

Abrahamson J et al. Depression and risk of heart failure among older persons with isolated systolic hypertension. Arch Intern Med 2001; 161: 1725-1730.

Nella coorte molto numerosa (4538 persone >60a), dei pazienti di uno degli studi più classici della letteratura cardiovascolare, lo SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program), lo sviluppo di scompenso cardiaco lungo quattro anni e mezzo di follow-up, è stato più del doppio (Hazard Ratio, 2.39) nei pazienti con diagnosi di depressione, rispetto alla popolazione generale.

Jiang W, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. Arch Intern Med 2001; 161: 1849-56.

Le informazioni principali di questo studio (numericamente molto piccolo, 374 pazienti ospedalizzati consecutivamente) sono due: il 14% aveva una diagnosi secondaria di depressione maggiore; il 35% di depressione minore. Rispetto ai pazienti non depressi, quelli con depressione maggiore avevano un rischio significativamente maggiore, sia ai 3 mesi che a 1 anno, di mortalità (Hazard Ratio intorno a 2.3) e di carico assistenziale (HR per ricoveri tra 1.9 e 3.07). Il rischio aumentato rimaneva significativo anche nell'analisi multivariata che teneva conto della distribuzione dei pazienti per età, classe NYHA, frazione di eiezione.

Turvey CL, et al. Prevalence and correlates of depressive symptoms in a community sample of people suffering from heart failure. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 2003-2008.

È uno studio trasversale su 6125 pazienti >70a che ricorrevano ai servizi sanitari per diverse cause. Nel piccolo gruppo con scompenso (199 paz.), la prevalenza di depressione era più che doppia rispetto ai portatori di altre patologie cardiache (11% vs 4.8%), e tripla rispetto ai pazienti con altre patologie/problemi (3.3%).

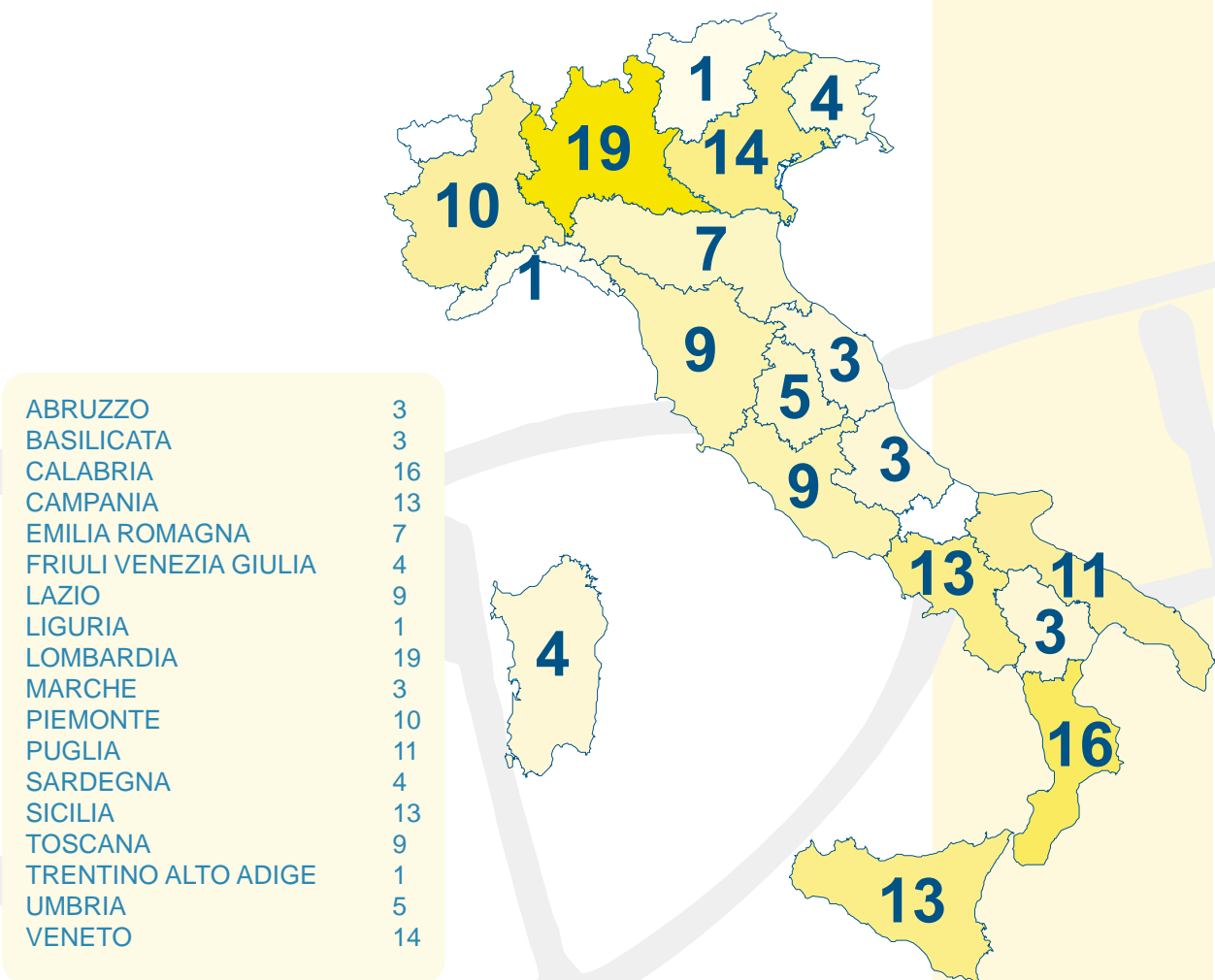
Ruo B, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. JAMA 2003; 290: 215-21.

Si tratta di uno studio su pazienti con coronaropatia, molto articolato, con valutazioni integrate di funzionalità cardiaca, depressione, qualità della vita, completate da una richiesta di autovalutazione-autopercezione dello stato di salute da parte dei pazienti: Dei 1024 partecipanti, 201 (20%) avevano sintomi di depressione. All'analisi multivariata, dopo aver corretto i dati per gli indici di funzionalità cardiaca ed altre caratteristiche dei pazienti, avere i sintomi di depressione è risultato essere associato ad un maggior carico di sintomi generali (odds ratio [OR], 1.8; 95% intervallo di confidenza [CI], 1.3-2.7; P=0.002), maggiori limitazioni fisiche (OR, 3.1; 95% CI, 2.1-4.6; P<0.001), peggiore qualità di vita (OR, 3.1; 95% CI, 2.2-4.6; P<0.001), e peggiore stato di salute in generale (OR, 2.0; 95% CI, 1.3-2.9; P<0.001).

Rumsfeld JS, et al. Depressive symptoms are the strongest predictors of short term declines in health status in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 1811-7.

Il lavoro è di particolare interesse per il QDF per il disegno, per gli obiettivi, per i risultati. I pazienti venivano inclusi nello studio se avevano una diagnosi in atto, o una storia (nei tre anni precedenti) di scompenso. All'inizio dell'osservazione e dopo 6-8 settimane venivano valutati con il 6 minutes walking test, il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), il Medical Outcomes Study-Depression (MOS-D). Dei 460/546 pazienti con dati completi, il 30% aveva sintomi importanti di depressione; la depressione era associata con punteggi più sfavorevoli per il KCCQ, che peggiorava ulteriormente ai 6 mesi, insieme ai sintomi di scompenso.

Distribuzione geografica dei centri che partecipano



Comunicazioni dalla Segreteria

Attenzione...Attenzione... Attenzione...Attenzione...Attenzione

1. Le potenzialità del progetto riassunte nei dati di pag. 1 (145 centri aderenti!) possono essere mantenute se tutti i centri mandano tempestivamente le schede (più della metà di coloro che hanno già iniziato il lavoro non hanno ancora inviato schede!);
2. L'invio delle schede avverrà per mezzo posta utilizzando le buste preaffrancate gialle ricevute insieme al materiale, dopo aver raccolto 5/6 pazienti
3. Dalla figura su questa pagina è possibile vedere che l'obiettivo di includere almeno 20 pazienti per Centro è più che praticabile: avremmo in questa prospettiva 3000 pazienti;
4. Si ricorda in questo senso che i pazienti possono essere inclusi nello studio QDF anche se sono già stati randomizzati nel GISSI-HF da più mesi; la loro entrata in QDF (con la compilazione della scheda corrispondente) può coincidere con la visita di controllo a 6 o 12 mesi; i controlli successivi seguono le scadenze del GISSI-HF;
5. Per la funzione cognitiva:
 - il questionario MMSE deve essere somministrato solo ai pazienti che hanno raggiunto e/o superato i 70 anni;
 - la valutazione infermieristica relativa alla funzione cognitiva va fatta anche per i pazienti non sottoposti al questionario MMSE

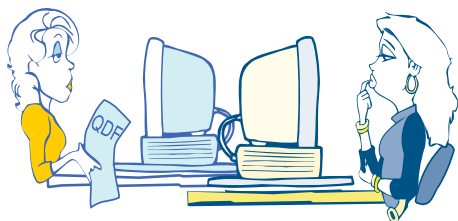
I centri più attivi



CHI CONTATTARE?

Carla Pera
tel. 0872.570204

Barbara Ferri
tel. 0872.570285



Q **D**
qualità della vita
depressione
F funzioni cognitive

Segreteria scientifica ed organizzativa
Consorzio Mario Negri Sud
Via Nazionale Santa Maria Imbaro (CH)
tel. 0872/570204 fax 0872/570206
numero verde 800.184.344
e-mail: pera@negrisud.it